

**PREGNANT WOMAN'S HEALTH AND DIET QUESTIONS**  
**PREGUNTAS SOBRE SALUD Y DIETA PARA EMBARAZADAS**  
 Michigan Department of Health and Human Services

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Su nombre _____	¿Cuántos grados escolares completó? _____	¿Está actualmente? <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> No casada
-----------------	---	--

**La siguiente pregunta es opcional. Su respuesta será usada con propósitos de encuestas grupales. Si no responde, el personal hará una selección por usted. Esto no afectará su recepción de los beneficios del WIC.**

¿Es usted hispana o latina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted árabe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marque <b>todas</b> las razas que se apliquen a usted: <input type="checkbox"/> Indígena americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca
--	---	---

**Información de Embarazo**

¿Cuál fue la fecha de su última período menstrual? Mes/Día/Año _____	¿En qué fecha espera a su bebé? Mes/Día/Año _____
---	--

¿Cuál era su peso en el momento en que quedó embarazada de este bebé? (CDC)  
 \_\_\_\_\_ libras

1. ¿Cuántas veces estuvo embarazada? \_\_\_\_\_      ¿Cuántos bebés con vida tuvo? \_\_\_\_\_  
 (Cuenta abortos, abortos naturales o partos de bebés sin vida)
  
- ¿Cuántas veces estuvo embarazada durante 20 semanas o más antes de este embarazo? \_\_\_\_\_ (CDC)  
 Ninguna  
 Cantidad de embarazos \_\_\_\_\_  
 Se desconoce
  
- Si estuvo embarazada antes, ¿cuándo terminó su **último** embarazo?      Mes/Día/Año \_\_\_\_\_  
 (Fecha del último parto, aborto, aborto natural o parto de bebé sin vida)
  
2. ¿Durante cuántos meses estuvo embarazada cuando tuvo su primera visita de un médico o una partera certificada de cuidado prenatal para el embarazo actual/ más reciente? \_\_\_\_\_ (CDC)  
 Primer mes  
 Segundo mes  
 Tercer mes  
 Cuarto mes  
 Quinto mes  
 Sexto mes  
 Séptimo mes  
 Octavo o noveno mes  
 Se desconoce  
 Sin cuidado médico
  
3. Para este embarazo, marque todo lo que corresponda. Tengo:
 

<input type="checkbox"/> Cierta <b>pérdida de peso</b> durante el embarazo <input type="checkbox"/> <b>Náuseas y vómitos</b> severos <input type="checkbox"/> <b>Diabetes Gestacional</b> (alto nivel de azúcar en la sangre) <input type="checkbox"/> <b>Espera gemelos o más</b>	<input type="checkbox"/> <b>Restricción de Crecimiento del Feto</b> (Retardo del Crecimiento Intrauterino) <input type="checkbox"/> <b>Presión Sanguínea Alta (o preeclampsia)</b> debido a este embarazo <input type="checkbox"/> Ninguna se aplica
---	--
  
4. ¿Cuántas veces a visto a su proveedor de cuidado médico durante este embarazo? \_\_\_\_\_  
 ¿En donde recibe su cuidado prenatal regularmente? \_\_\_\_\_
  
5. ¿Se le ofreció un análisis de sangre o de HIV?       Sí       No

6. Sobre embarazos **anteriores**, marquee todo lo que sucedió:
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historial de Diabetes Gestacional (DMG o alto nivel de azúcar en la sangre) | <input type="checkbox"/> Historial de Preeclampsia (presión sanguínea alta diagnosticada en el embarazo/ hipertensión) |
| <input type="checkbox"/> El bebé nació vivo, pero falleció luego de 1 mes                            | <input type="checkbox"/> Aborto natural  |
| <input type="checkbox"/> Parto prematuro (36 semanas o menos)  | <input type="checkbox"/> El bebé nació con defectos congénitos o de otro tipo  |
| <input type="checkbox"/> El bebé pesaba 5 libras, 8 libras o menos al nacer                          | <input type="checkbox"/> El bebé pesaba 9 libras o más al nacer  |
| <input type="checkbox"/> El bebé falleció luego de 5 meses de embarazo                               | <input type="checkbox"/> Ninguna se aplica   |

### Información Médica

- Problemas médicos/ enfermedades recientes:** El personal del WIC le dará un listado de problemas médicos para revisar. Luego le preguntaremos cuáles puede tener usted. Si tiene un problema médico y no está segura si figura en la lista, le solicitamos que hable esto con el nutricionista del WIC.
- Desde que quedó embarazada, ¿tomó algún **medicamento (prescripta o no) o drogas callejeras**?  
 Sí  No  
 Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_  
 ¿Efectos colaterales?  Sí  No  
 Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún **problema oral/ dental** que le dificulte comer?  Sí  No  
 Si es así, ¿cuál? \_\_\_\_\_  
 ¿Visitó al dentista o tuvo un tratamiento oral durante este embarazo?  Sí  No
- En el mes anterior a este embarazo, ¿cuántas veces tomó un multivitamínico que contuviera diferentes vitaminas y minerales? (CDC)  
 Menos de una vez por semana  
 Cantidad de veces por semana (1-7) \_\_\_\_\_  
 8 o más veces por semana  
 Se desconoce
- ¿Tomó vitaminas o minerales durante el mes pasado? (CDC)  
 Sí  
 No  
 Se desconoce
- En los 3 meses anteriores a su embarazo, ¿cuántos cigarrillos por día fumó en promedio? (20 cigarrillos = 1 paquete) (CDC)  
 No fuma  
 Cantidad de cigarrillos por día (1 – 96) \_\_\_\_\_  
 97 o más cigarrillos por día  
 Fumó, pero desconoce la cantidad  
 Se desconoce o rechaza
- ¿Cuántos cigarrillos por día fumó en promedio al día de hoy?  
 No fuma  
 Cantidad de cigarrillos por día (1 – 96) \_\_\_\_\_  
 97 o más cigarrillos por día  
 Fumó, pero desconoce la cantidad  
 Se desconoce o rechaza
- ¿Alguien con quien convive fuma dentro de su casa? (CDC)  
 Sí, otra persona fuma dentro de la casa  
 No, nadie fuma dentro de la casa  
 Se desconoce
- En los 3 meses anteriores a su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor, vino frío) consumió en promedio por semana? (CDC)  
 No bebió  
 Cantidad de bebidas por semana (1 – 20) \_\_\_\_\_  
 21 o más bebidas por semana  
 Bebió, pero desconoce la cantidad  
 Se desconoce o rechaza

10. ¿Consumió bebidas alcohólicas durante este embarazo?

Sí

No

### Historial de Nutrición

1. ¿Alguna vez amamantó a un niño?  Sí  No

2. ¿Amamanta actualmente a otro niño?  Sí  No

3. ¿Amamanta actualmente a dos niños del mismo embarazo?  Sí  No

4. ¿Cuántas **comidas** consume la mayoría de los días?  0  1  2  3  4  5 o más

5. ¿Cuántas **meriendas** come la mayoría de los días?  0  1  2  3  4  5 o más

6. ¿Cuántas veces **bebe leche o come yogurt o queso** en un día?  0  1  2  3  4  5 o más

7. Es su **apetito** normalmente:  bueno  regular  bajo

8. ¿Está haciendo una **dieta especial** (prescripta por su médico)?

Sí  No

Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

9. ¿Cuántas veces por semana consume **Comida Chatarra**?  0  1  2  3  4  5 o

10. ¿Tiene alguna **alergia a la comida**?

Sí  No

Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

11. ¿Come o bebe alguno de los siguientes alimentos todos o la mayoría de los días? (Marque todo lo que corresponda)

Leche, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

Gaseosa u otras bebidas endulzadas

Meriendas dulces o saladas

Cereales integrales

Frutas y verduras

12. ¿Come o bebe alguno de los siguientes alimentos? (Marque todo lo que corresponda)

Jugo o leche crudos (no pasteurizados)

Queso suave (feta, Camembert, Brie, queso blanco, queso fresco, Panela)

Carne, pescado, ave o huevos crudos o poco cocidos

Brotes crudos

Tofu crudo o poco cocido

Paté o pastas de carne refrigerados o frutos de mar ahumados refrigerados

Perros calientes, embutidos, y otros fiambres no recalentados a temperatura alta

Pescado de Michigan

Ninguna se aplica

13. ¿Antes o actualmente? (Marque todo lo que corresponda):

Sigue una dieta vegetariana estricta

Sigue una dieta de bajas calorías/ para perder peso

Tuvo una cirugía bariátrica

Sigue una dieta baja en carbohidratos y alta en proteínas (como Atkins, etc.)

Come poca comida debido a una cirugía de estómago para perder peso

Regularmente consume ítems no comestibles (ceniza, fibras de alfombra, cigarrillos o desechos de cigarrillos, arcilla, polvo, gomaespuma, cáscara de pintura, tierra, almidón de lavandería o de maíz)

Toma un suplemento de vitaminas o minerales diariamente \_\_\_\_\_

Toma un suplemento de yodo diariamente

Usa remedios de té o hierbas suplementarios ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

Toma un suplemento de fluoruro

Ninguna se aplica

## Notas del Personal

Firma del CPA	Fecha
---------------	-------

De acuerdo con los derechos de la ley federal y civil y las regulaciones y políticas del derecho civil del U.S. Department of Agriculture (USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas, y empleados, e instituciones que participan o administran los programas del USDA prohíben la discriminación en base a raza, color, nacionalidad, sexo, incapacidad, edad, o represalias por actividades de derechos civiles previas en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA. Las personas con incapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para información de programas (por ej.: Braille, impresión grande, audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deberán comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitarlos los beneficios. Aquellos individuos que sean sordos, con problemas de audición o con incapacidades en el habla se podrán comunicar con el USDA a través del Federal Relay Service al (800) 877-8339. De forma adicional, la información de los programas podrá estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Para presentar una queja por discriminación, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) a través de Internet en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y brinde en la misma toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, comuníquese al (866) 632-9992. Entregue el formulario o carta completos al USDA por: correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución brinda igualdad de oportunidades.

<b>Autoridad:</b> Ley 368 PA 1978	El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, información genética, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad.
-----------------------------------	---